

DOI: 10.17238/issn2223-2427.2019.1.62-67

УДК 616-006

© Токтомушев А.Т., Сулайманов М.Д., Саяков У.К., Эшалиев Т.К., Ибраев Б.М., Саякова А.У., Керимов А.Д., Жумабаев Н.К., Икбал М.В., Таалайбекова А.Т., Салихар Р.И., Токтомушова А.А., 2019

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МУЖЧИН С ОНКОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В ПЕРИОД РАСПАДА СССР

*А.Т. ТОКТОМУШЕВ^{3,a}, М.Д. СУЛАЙМАНОВ^{3,b}, У.К. САЯКОВ^{1,c}, Т.К. ЭШАЛИЕВ^{3,d}, Б.М. ИБРАЕВ^{3,e},
А.У. САЯКОВА^{3,f}, А.Д. КЕРИМОВ^{3,g}, Н.К. ЖУМАБАЕВ^{3,h}, М.В. ИКБАЛ^{3,i}, А.Т. ТААЛАЙБЕКОВА^{2,j},
Р.И. САЛИХАР^{2,k}, А.А. ТОКТОМУШОВА^{3,l}*

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, 720020, Кыргызская Республика

²Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, 720000, Кыргызская Республика

³Национального центра онкологии и гематологии, Бишкек, 720064, Кыргызская Республика

Резюме: Онкоурологические заболевания считаются одними из наиболее сложных медико-социальных проблем в структуре клинической онкологии. В статье приведены данные о заболеваемости и смертности некоторых часто диагностируемых заболеваний мужского населения как рак простаты и мочевого пузыря с акцентом в период развала СССР. В статье приведены данные и динамика онкоурологических заболеваний у мужчин. Онкоурологическая заболеваемость в целом по Кыргызстану анализировалась за период с 1988 по 2000 год, что совпало с началом экономического кризиса и годами переписи населения (1989 и 1999 гг.), что имеет немаловажное значение для получения достоверных показателей. Данные о заболеваемости составлены по извещениям (форма 281 у), историям болезни, амбулаторным картам и данным о смертности, заимствованным из Нацкомстата Кыргызской Республики. В связи с этим в целом выявлены дисбалансы в основных показателях онкологической службы здравоохранения республики.

Ключевые слова: статистика, эпидемиология, рак мочеполовых органов, изменения показателей онкоурологической патологии.

INCIDENCE OF MEN WITH ONCOUROLOGICAL PATHOLOGY IN KYRGYZSTAN DURING THE COLLAPSE OF THE USSR

*TOKTOMUSHEV A.T.^{3,a}, SULAIMANOV M.Zh.^{3,b}, SAYAKOV U.K.^{1,c}, ESHALIEV T.K.^{3,d}, IBRAEV B.M.^{3,e},
SAIAKOVA A.U.^{3,f}, KERIMOV A.D.^{3,g}, ZHUMABAEV N.K.^{3,h}, IQBAL M.W.^{3,i}, TAALAIBEKOVA A.T.^{2,j},
SALIKHAR R.I.^{2,k}, TOKTOMUSHOVA A.A.^{3,l}*

¹I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, 720020, Kyrgyz Republic

²Kyrgyz Russian Slavic University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, Bishkek, 720000, Kyrgyz Republic

³National Center of Oncology and Hematology, Bishkek, 720064, Kyrgyz Republic

Summary: . Oncourological diseases are considered one of the most complex medical and social problems in the structure of clinical oncology. The article presents data on the morbidity and mortality of certain, often diagnosed diseases of the male population as cancer of the prostate and bladder, with an emphasis on the collapse of the USSR. The article presents data and dynamics of oncurological diseases of the mentioned contingent. The article presents data and dynamics of oncurological diseases in men. Oncourological morbidity in Kyrgyzstan as a whole was analyzed for the period from 1988 to 2000, which coincided

^a E-mail: asanbek.toktomushev@mail.ru

^b E-mail: asanbek.toktomushev@mail.ru

^c E-mail: sayakov@mail.ru

^d E-mail: asanbek.toktomushev@mail.ru

^e E-mail: bola04@mail.ru

^f E-mail: alka_27@mail.ru

^g E-mail: oncolog82@gmail.com

^h E-mail: nurlanov808@gmail.com

ⁱ E-mail: waseemiqbal19@mail.ru

^j E-mail: aydanadoly@gmail.com

^k E-mail: salihar93@bk.ru

^l E-mail: altysh10@inbox.ru

with the onset of the economic crisis and the population census years (1989 and 1999), which is important for obtaining reliable indicators. The incidence data are compiled from notices (Form 281 u), case histories, outpatient records, and mortality data borrowed from the National Statistic Service of the Kyrgyz Republic. In this regard, in general, imbalances in the main indicators of the oncological health service of the republic were revealed.

Key words: statistics, epidemiology, urogenital cancer, changes in oncological pathology.

Введение

Проблема злокачественных новообразований половых органов у мужчин – одна из наиболее актуальных проблем в современной онкоурологии. Для активной борьбы с этой болезнью и ее профилактики необходимо, прежде всего, знание статистических уровней данной проблемы.

В частоте распространения злокачественных опухолей яичка, предстательной железы и полового члена существует значительная географическая вариабельность. В экономически развитых странах мира урологические и генитальные опухоли составляют примерно 10-11 % всех злокачественных новообразований у мужчин. Рак предстательной железы составляет почти половину из этих опухолей и находится на четвертом месте после рака легкого, толстой и прямой кишок, рака желудка. Так, заболеваемость очень высока в развитых странах по сравнению с неразвитыми.

Отмечены географические различия в распространенности этих опухолей, которые связаны с этническими особенностями и факторами окружающей среды. Расовые отличия заключаются в следующем: заболеваемость раком яичка и раком мочевого пузыря чаще встречается в черной, чем в белой популяции людей. Большое значение также имеют факторы окружающей среды, социально-экономический статус и диетические факторы, которые связаны с прямым воздействием канцерогенных агентов.

Исследования по эпидемиологии злокачественных опухолей мужских половых органов указывают на несомненную связь заболеваемости с влиянием определенных факторов внешней и внутренней среды организма. Накапливание и научный анализ этих фактов способствуют совершенствованию организации онкологической помощи населению и изысканию наиболее эффективных путей общественной и личной профилактики рака.

Вопросы эпидемиологии злокачественных новообразований мочеполовых органов, несмотря на их практическую и теоретическую значимость, изучены недостаточно. Особенно это касается отдельных стран и регионов. В некоторой степени это связано с тем, что до недавнего времени официальная статистика включала злокачественные опухоли предстательной железы, яичка в число прочих злокачественных новообразований, а рак мочевого пузыря и почек показывались одной строкой. Сведения о заболеваемости раком мочеполовой системы в Кыргызстане крайне малочисленны и, как правило, освещают отдельные локализации [1-3].

Материалы и методы

Данные официальной статистики последних лет указывают на наметившуюся тенденцию спада заболеваемости

раком мочевыводящих путей, однако причины, приведшие к этим изменениям, остались не ясными, что побудило нас провести научный анализ онкоурологической заболеваемости мужской популяции, которая является основным источником нагрузки онкологических учреждений.

Онкоурологическая заболеваемость в целом по Кыргызстану анализировалась за период с 1988 по 2000 год, что совпало с началом экономического кризиса и годами переписи населения (1989 и 1999 гг.), что имеет немаловажное значение для получения достоверных показателей. Данные о заболеваемости составлены по извещениям (форма 281 у), историям болезни, амбулаторным картам и данным о смертности, заимствованным из Нацкомстата Республики. Об уровне заболеваемости судили на основании интенсивных и стандартизованных показателей, последние вычислили прямым способом. За стандарт приняты повозрастные показатели по Seigi [4].

Результаты исследования и их обсуждение

За период с 1988 по 2000 гг. в республике зарегистрировано 2785 мужчин, что составляет 9.9% к общему числу мужчин, заболевших за этот период злокачественными новообразованиями. Обычный усредненный показатель заболеваемости за отмеченный период наблюдения составил 9,6 на 100 000 мужского населения. Стандартизованные (мировой) показатели превышают обычные в 1,5 раза – 14,4. Сопоставление данных показателей с аналогичными других регионов (таблица 1), свидетельствует о том, что уровень онкоурологической заболеваемости в Кыргызстане значительно ниже, чем в России и Белоруссии.

Таблица 1

Структура, уровень заболеваемости и критерий достоверности онкоурологического диагноза по отдельным странам [5]

Регион	Удельный вес	Стандартизованные показатели	Процент морфологической верификации
Россия	9,2	26,6	63,1
Белоруссия	12,3	37,6	63,3
Казахстан	7,2	14,7	60,0
Кыргызстан	7,4	12,2	54,4
Узбекистан	9,9	5,6	58,9
Таджикистан	7,1	5,3	66,6

Это при условии, что уровень критерия достоверности диагноза, каковым является морфологическая верификация, по всем странам практически равнозначный. С другой сто-

роны, для всех среднеазиатских республик характерен низкий уровень онкоурологических заболеваний. В этой связи заметим, что в Кыргызстане относительно представленных стран самый низкий (54,4%). уровень морфологического подтверждения онкоурологического диагноза.

Таким образом, обычные и стандартизованные показатели свидетельствуют об относительно низком уровне у мужчин Кыргызстана злокачественных новообразований мочеполовой системы, что прослеживается на протяжении последних 20 лет.

Число онкоурологических больных в отдельные годы не равнозначно. Как демонстрируют показатели наглядности темп прироста (снижения) в отдельные годы колебался от +20,6% (1991 г) до -18,9% (1993 г.). Наиболее выраженные колебания прироста отмечаются в годы наибольшего проявления экономического кризиса. В последние годы темпы прироста стабилизируются.

Нагрузка на онкологические учреждения за отмеченный период увеличилась на 103%. Это произошло за счет роста численности населения. Наряду с этим анализ показал, темпы прироста числа заболевших (3,0%) существенно отстают от темпов прироста населения (14,6%). Это означает, что на одном из этапов наблюдения, предположительно в период с 1991 по 1993 гг., появились факторы, сокращающие онкоурологическую заболеваемость. Что подтверждается показателями заболеваемости, рассчитанными на 100 000 мужского населения. С 1989 по 1999 гг. усредненный показатель заболеваемости сократился на 6,3% (с 10,5 до 9,8‰). Встает вопрос. Каким образом экономический кризис повлиял на уровень заболеваемости раком мочеполовой системы? В этой связи заметим, что за период перестройки произошли существенные изменения в этническом составе населения. Удельный вес кыргызов увеличился с 52,4 до 64,9%, тогда как русских сократился с 21,5% до 12,5%. Если учесть, что риск заболеть злокачественной опухолью у русских в 6-8 раз выше, чем кыргызов и узбеков [2], то становится очевидным, что причиной снижения онкоурологической заболеваемости послужили выраженные изменения этнического состава населения. Число лиц с высокой предрасположенностью к злокачественным новообразованиям сократилось (на 34,2%), а число лиц с низким уровнем риска увеличилось (на 40,3%), причем пополнилось, в основном, за счет прироста населения в возрасте до 30 лет, среди которых злокачественные опухоли встречаются весьма редко. Причиной столь существенных изменений в этнической структуре населения явились миграционные процессы и высокий уровень рождаемости среди коренного населения. Наиболее высокий темп снижения онкоурологической заболеваемости приходится на 1993 г., год наиболее интенсивного оттока за пределы республики русскоязычного населения (таблица 2).

Итак, на уровень онкологической заболеваемости существенное влияние оказывают изменения в этническом со-

таве населения. К сожалению, ни обычные, ни стандартизованные показатели, этого явления не отражают. Между тем в мире миграционные процессы достигают колоссальных размеров. Подтверждением этому является то, что за короткий период (7-10 дней) из Афганистана в Пакистан переселилось более 3 млн жителей.

Таблица 2

Динамика показателей онкоурологических заболеваний в группе мужского населения Кыргызстана

Годы наблюдения	Суммарное число больных за период	Уровень прироста (снижения)	Темп прироста (снижения)	Заболеваемость на 100 000 населения
1988	224	100	0	10,8
1989	220	98,2	-1,8	10,6
1990	218	97,3	-0,9	10,2
1991	263	117	20,6	12,1
1992	249	111	-5,3	11,3
1993	202	90,2	-18,9	9,3
1994	181	80,8	-10,4	8,3
1995	166	74,1	-8,3	7,4
1996	166	74,1	0,0	7,2
1997	193	86,2	16,3	8,3
1998	232	104	20,2	9,8
1999	240	107	3,4	10,1
2000	231	103	-3,8	9,7

В структуре онкоурологических заболеваний (таблица 3) первое место занимают опухоли предстательной железы (34,9%), затем следуют злокачественные новообразования мочевого пузыря (31,7%) и почек (21,0%).

Таблица 3

Структура и уровень онкоурологической заболеваемости мужчин

Локализация	Сумма больных за период	Удельный вес	Заболеваемость на 100 000 мужчин	
			обычная	стандартизованная
Простата	971	34,9	3,4±0,11	3,6
Мочевой пузырь	884	31,7	3,1±0,10	4,4
Почки	585	21,0	2,0±0,08	2,5
Яичко	291	10,4	1,0±0,06	1,5
Половой член	54	1,9	0,2±0,03	0,2

Величины обычных показателей заболеваемости располагаются в такой же последовательности. Наиболее частым онкоурологическим заболеванием является рак простаты (3,4‰), однако это ниже, чем в России (8,5‰), Бело-

русии (12,7‰) [5]. Более низкий уровень заболеваемости раком предстательной железы характерен для всех среднеазиатских республик, однако по республикам прослеживается неоднозначный уровень рака простаты: Казахстан – 4,7; Узбекистан – 1,3; Таджикистан – 1,2. Столь существенные различия в какой-то мере можно объяснить уровнем достоверности диагноза. Так, удельный вес морфологической верификации рака простаты в России составил 60,2%, в Белоруссии – 57,2%, Казахстане – 53,1%, Узбекистане – 45,7%, Кыргызстане – 55,1% и Таджикистане – 63,6%

Динамика заболеваемости отдельных локализаций имеет различную направленность и интенсивность как в абсолютных, так и относительных числах. Так, за отмеченный период рак предстательной железы в абсолютных величинах увеличился на 45,1%, в относительных на 26,7%, что свидетельствует о истинном увеличении заболеваемости раком предстательной железы. Тогда, как по другим локализациям уровень заболеваемости сократился (таблица 4).

Таким образом, фактическая численность вновь заболевших простатой значительно отстает от прогнозируемой. Ожидали 0,12 тыс., а фактически заболело – 0,094 тыс., мочевого пузыря – прогнозировалось 0,1 тыс., заболело 0,071 тыс. [6].

Таблица 4

Динамика онкоурологической заболеваемости с 1989 по 1999 гг.

Локализация	Усредненное число больных			Заболеваемость в ‰		
	1989	1999	% прироста	1989	1999	% прироста
Простата	195	283	+45,1	3,1	4,0	+26,7
Мочевой пузырь	227	215	-5,3	3,4	3,0	-12,6
Почки	227	127	-44,1	3,5	1,8	-48,7
Яичко	88	66	-25,0	1,4	0,9	-32,8
Половой член	13	12	-5,3	0,2	0,2	-15,5

В целом уровень заболеваемости раком мочеполовой системы подобно другим злокачественным новообразованиям увеличивается по мере увеличения возраста (таблица 5). Однако в группе детей наиболее высокая заболеваемость приходится на возраст от 0 до 5 лет (1,84‰). Такое смещение обусловлено тем, что в этом возрасте злокачественные новообразования встречаются в 4 раза чаще (1,22‰), чем в последующие 5-9 лет (0,3‰), а в возрастной группе 10-14 лет заболеваемость еще ниже (0,03‰). В этой группе по сравнению с группой «0-4 года» различия более чем 40 кратные. Такая же картина прослеживается и в группе больных опухолями яичка. Относительно низкий уровень данных форм рака прослеживается до 35-40 лет, затем уровень повышается пропорционально возрасту. Из этого следует, что рак почек и яичка имеет эмбриональную природу и потому детей при рождении должны обследовать более тщательно с целью ран-

ней диагностики новообразований этих локализаций.

Таблица 5

Заболеваемость онкоурологическим раком по возрастным группам и локализациям

Возрастная группа	Все локализации	В том числе				
		простата	яички	половой член	мочевой пузырь	почки
0-4	1,84	0,03	0,57	0,00	0,03	1,22
5-9	0,43	0,03	0,05	0,00	0,05	0,30
10-14	0,06	0,00	0,03	0,00	0,00	0,03
15-19	0,67	0,07	0,47	0,04	0,03	0,07
20-24	1,16	0,00	0,77	0,15	0,12	0,15
25-29	2,52	0,08	1,88	0,10	0,20	0,28
30-34	3,38	0,14	2,2	0,18	0,19	0,74
35-39	4,64	0,21	2,3	0,27	0,58	1,32
40-44	6,84	0,23	1,7	0,10	2,07	2,77
45-49	4,63	0,59	0,4	0,29	1,72	1,68
50-54	23,45	3,89	1,3	0,59	8,81	9,04
55-59	36,91	11,44	1,7	0,67	13,50	9,77
60-64	59,17	24,3	2,4	0,35	20,76	11,46
65-69	98,21	44,6	1,3	2,51	35,60	14,80
70-74	128,5	66,01	2,30	3,19	44,41	13,78

Основные показатели состояния онкоурологической помощи представлены в таблице 6, из которой следует, что морфологическое подтверждение рака мочевого пузыря, являющееся основным критерием достоверности диагноза и данных о вновь выявленных больных составили в 1997-1999 гг. 49,8%, тогда как на начальном этапе (1989-1991 гг.) данный показатель составлял 61,4%. При раке предстательной железы частота морфологической верификации в динамике повысилась, однако разница при статистической обработке оказалась не значимой.

Доля активно выявленных больных в общем числе впервые учтенных составила колеблется в пределах 2,5-4,1%, при этом в динамике активная выявляемость онкоурологических больных заметно сокращается. Снижается не только охват населения профилактическими осмотрами, но и их качество. Доля лиц с I-II стадиями заболевания сокращается. Процент запущенности практически остался на прежнем уровне, а при раке мочевого пузыря даже сократилась (с 13,7 до 7,9%), однако показатели одногодичной летальности, которые более точно отражают запущенность, при раке мочевого пузыря в 3-4 раза превышают запущенность. При раке предстательной железы одногодичная летальность также превышает запущенность, но наметилась тенденция снижения одногодичной летальности. Это подтверждается и уровнем общей

летальности. Данный показатель при раке мочевого пузыря сократился с 17,2 до 13,7%, а при раке простаты с 36,0 до 34,2%. Хотя общая летальность сократилась за 10-летний период незначительно, однако прослеживаются позитивные сдвиги на конечном этапе: число больных, состоящих на учете на конец года в расчете на 100 000 населения увеличилось, особенно в группе больных, состоящих на учете от момента начала заболевания более 5 лет. В данной диспансерной группе число больных раком простаты увеличилось более чем в два раза.

Таблица 6

Показатели состояния онкоурологической помощи

Показатели	Мочевой пузырь		Предстательная железа	
	1989-1991	1997-1999	1989-1991	1997-1999
Выявлено на профосмотрах (%)	3.3	2.5	5.3	4.1
Диагноз подтвержден морфолог	61.4	49.8	55.0	63.3
I-II стадии заболевания	43.7	29.6	19.1	12.6
III стадия заболевания	45.2	55.6	39.9	56.7
IV стадия заболевания	13.7	7.9	28.2	30.4
Одногодичная летальность	38.2	25.0	46.3	36.3
На 100 новых больных приходится умерших	60.0	84.3	70.0	63.7
Состоит на учете (абсолютное число)	382	354	159	185
Состоит на учете (на 100 000 населения)	8.5	14.9	3.5	7.8
Состоит на учете свыше 5 лет (абсолютное число)	124	156	18	48
Процент к общему числу состоявших на учете	32.5	44.1	11.3	25.9
Летальность	17.2	13.7	36.0	34.2
Взято на учет посмертно	0.45	2.1	2.1	0.37

Таким образом, в связи с политическими событиями и экономическими осложнениями в стране снизилась обращаемость больных и качество профилактических осмотров, ослабла онкологическая настороженность, изменилась врачебная тактика к некоторым категориям больных. В результате

ухудшились многие показатели состояния онкологической помощи. Морфологическая верификация является основным критерием достоверности диагноза и данных о вновь выявленных больных, однако этот показатель не достигает реально возможного уровня, что связано с малой «заинтересованностью» онкологов в уточнении диагноза у ряда больных (пожилой возраст, наличие противопоказаний к лечению и т.п.) и недостаточным контактом между онкологами и урологами больниц общего профиля, у которых лечатся и находятся под наблюдением больные с предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями.

Запущенность продолжает оставаться высокой и по ряду онкоурологических заболеваний растет. При этом показатель одногодичной летальности во много раз превышает запущенность. Такое различие указывает на несоответствие регистрируемой степени распространенности опухолевого процесса действительности, т.к. при своевременном выявлении заболевания даже без лечения срок жизни больного в большинстве случаев больше года.

Доля умерших, которым диагноз впервые был установлен посмертно, как правило, отражает качество прижизненной диагностики (диагностический недоучет). Диагностический недоучет при раке мочевого пузыря достаточно высокий – 2,1%. Более половины больных с установленным посмертно диагнозом не подвергались вскрытию.

Выводы

В заключение следует отметить, что после распада СССР изменились основные показатели онкологической службы Республики. Это обусловлено экономическим кризисом, который привел определенный дисбаланс на привычный статистический учет и расчет онкологических заболеваний республики. Как следствие в Кыргызстане существенно изменилась этническая структура населения. В результате в Кыргызстане стали преобладать жители с низкой предрасположенностью к злокачественным новообразованиям. Изменения организационного характера, в частности, профилактика и выявление больных на ранних стадиях, возложенные на группы семейных врачей на данном этапе остаются сложными. Показатели запущенность и смертность остаются высокими. За отмеченный период накапливается онкоурологических больных повысилась, что указывает на более эффективное лечение больных с запущенными формами, однако моральный и экономический ущерб от онкоурологических заболеваний продолжает оставаться весьма значимым, на ликвидации которого должна сосредоточить усилия медицинская общественность.

Список литературы

1. Романенко, А.Г. Об особенностях распространения рака мочевого пузыря в Киргизии // Вопросы клинической и экспериментальной онкологии: труды Киргизского НИИ онкологии и радиологии. 1965. Т.2. С. 82-87.

2. **Василевский М.Г., Токтомушев А.Т.** Заболеваемость раком мочевого пузыря в Киргизии // *Здравоохранение Киргизии*. 1990. №6. С. 13-14;

3. **Василевский М.Г.** Эпидемиология злокачественных новообразований в Кыргызстане (демографические и медицинские аспекты). – Бишкек, 1999. 321 с.

4. **Roberti S., Merler E., Bressan V., Fiore A.R.** Incidenza dei tumori nella regione veneto 1995-96. *Epidemiologia e prevenzione*, 2007, 31(6), pp. 309-316.

5. **Двойрин В.В., Аксель Е.М., Герасименко В.Н.** Сравнительный анализ состояния онкологической помощи населению России и некоторых других стран СНГ. – М.: ОНЦ РАМН, 1992. 294 с.

6. **Трапезников Н.Н., Двойрин В.В.** Злокачественные новообразования в СССР, 1989-2005 гг. – М., 1990. 146 с.

References

1. **Romanenko, A.G.** Ob osobennostyakh rasprostraneniya raka mochevogo puzыryа v Kirgizii. *Voprosy klinicheskoy i eksperimental'noy onkologii: trudy Kirgizskogo NII onkologii i radiologii*, 1965, T.2, pp. 82-87. [in Russ].

2. **Vasilevskiy M.G., Toktomushev A.T.** Zabolevayemost' rakom mochevogo puzыryа v Kirgizii. *Zdravookhraneniye Kirgizi*, 1990, no. 6, pp. 13-14. [in Russ].

3. **Vasilevskiy M.G.** *Epidemiologiya zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Kyrgyzstane (demograficheskiye i meditsinskiye aspekty)*. – Bishkek, 1999. 321 p.

4. **Roberti S., Merler E., Bressan V., Fiore A.R.** Incidenza dei tumori nella regione veneto 1995-96. *Epidemiologia e prevenzione*, 2007, 31(6), pp. 309-316.

5. **Dvoyrin V.V., Aksel' Ye.M., Gerasimenko V.N.** *Sravnitel'nyy analiz sostoyaniya onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii i nekotorykh drugikh stran SNG*. – Moscow: ONTS RAMN, 1992. 294 p. [in Russ].

6. **Trapeznikov N.N., Dvoyrin V.V.** *Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v SSSR, 1989-2005 gg.* – Moscow, 1990. 146 p.

Сведения об авторах

Токтомушев Асанбек Токтомушевич – д.м.н., профессор, заведующий отделением онкоурологии Национального центра онкологии и гематологии, 720064, ул. Ахунбаева, 92а, Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: asanbek.toktomushev@mail.ru

Сулайманов Мирлан Джумабекович – к.м.н., старший научный сотрудник Национального центра онкологии и гематологии, 720064, ул. Ахунбаева, 92а, Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: asanbek.toktomushev@mail.ru

Саяков Уметали Карагулович – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой онкологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, 720020, ул. Ахунбаева, 92, Бишкек, Кыргызская Республика, E-mail: sayakov@mail.ru

Эшалиев Туратбек Касымбекович – врач-ординатор Национального центра онкологии и гематологии, 720064, ул. Ахунбаева, 92а, Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: asanbek.toktomushev@mail.ru

Ибраев Болотбек Майрамбекович – младший научный сотрудник Национального центра онкологии и гематологии, 720064, ул. Ахунбаева, 92а, Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: bola04@mail.ru

Саякова Алия Уметалиевна – врач-ординатор Национального центра онкологии и гематологии, 720064, ул. Ахунбаева, 92а, Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: alka_27@mail.ru

Керимов Акылбек Дуйшембекович – врач-ординатор Национального центра онкологии и гематологии, 720064, ул. Ахунбаева, 92а, Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: oncolog82@gmail.com

Жумабаев Нурлан Кыштобекович – врач-ординатор Национального центра онкологии и гематологии, 720064, ул. Ахунбаева, 92а, Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: nurlanov808@gmail.com

Икбал Мухаммад Васим – аспирант, врач-онколог Национального центра онкологии и гематологии, 720064, ул. Ахунбаева, 92а, Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: waseemiqbal19@mail.ru

Таалайбекова Айдана Таалайбековна – аспирант, врач-онколог, Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, 720000, ул. Киевская, 44, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: aydanadoly@gmail.com

Салихар Рахима Ибрахимовна – аспирант, врач-онколог, Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, 720000, ул. Киевская, 44, г. Бишкек, Кыргызская Республика. salihar93@bk.ru

Токтомушова Алтынай Асанбековна – врач-ординатор Национального центра онкологии и гематологии, 720064, ул. Ахунбаева, 92а, Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: altysh10@inbox.ru

Information about the authors

Toktomushev Asanbek T. – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Onco-urology Department of National Center of Oncology and Hematology, 720064, 92a Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic.

Sulaimanov Mirlan Zh. – Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of National Center of Oncology and Hematology, 720064, 92a Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic.

Sayakov Umetali K. – Candidate of Medical Sciences, Associate professor, Head of Department of Oncology of I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, 720020, 92 Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic.

Eshaliev Turatbek K. – Resident Doctor of National Center of Oncology and Hematology, 720064, 92a Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic.

Ibraev Bolotbek M. – Junior Researcher of National Center of Oncology and Hematology, 720064, 92a Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic.

Saiakova Aliia U. – Resident Doctor of National Center of Oncology and Hematology, 720064, 92a Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic

Kerimov Akylbek D. – Resident Doctor of National Center of Oncology and Hematology, 720064, 92a Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic.

Zhumabaev Nurlan K. – Resident Doctor of National Center of Oncology and Hematology, 720064, 92a Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic.

Iqbal Muhammad Waseem – Postgraduate Student, Oncologist Doctor of National Center of Oncology and Hematology, 720064, 92a Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic.

Taalaibekova Aidana T. – Postgraduate Student, Oncologist Doctor of Kyrgyz Russian Slavic University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, 720000, 44 Kiev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic.